8

Prof. Dott. U. CALAMIDA
DOCENTE ALLA R. UNIVERSITÀ DI TORINO
E AGLI ISTITUTI CLINICI DI PERFEZIONAMENTO
PRIMARIO SPECIALISTA DELL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO.

GLI ASCESSI DEL COLLO DI ORIGINE OTITICA

RELAZIONE AL XIII CONGRESSO DELLA SOCIETÀ ITALIANA
DI LARINGOLOGIA, D'OTOLOGIA E DI RINOLOGIA

Estratto dagli Atti del Tredicesimo Congresso

ROMA
TIPOGRAFIA DEL CAMPIDOGLIO EREDI D'ANTONIS
Via delle Tre Pile, 5

1910

Prof. Dott. U. CALAMIDA
DOCENTE ALLA R. UNIVERSITÀ DI TORINO
E AGLI ISTITUTI CLINICI DI PERFEZIONAMENTO
PRIMARIO SPECIALISTA DELL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO.

GLI ASCESSI DEL COLLO DI ORIGINE OTITICA

RELAZIONE AL XIII CONGRESSO DELLA SOCIETÀ ITALIANA
DI LARINGOLOGIA, D'OTOLOGIA E DI RINOLOGIA

Estratto dagli Atti del Tredicesimo Congresso

ROMA
TIPOGRAFIA DEL CAMPIDOGLIO EREDI D'ANTONIS
Via delle Tre Pile, 5

1910

GLI ASCESSI DEL COLLO

DI ORIGINE OTITICA

Gli ascessi del collo di origine otitica.

Relazione del Prof. U. CALAMIDA.

STORIA.

Le raccolte purulente cervicali, quali complicanze dell'otite media purulenta non sono state, per lungo tempo, prese in seria considerazione dai chirurghi specialisti, perchè in apparenza non presentano, confrontate alle suppurazioni endocraniche, un quadro clinico così imponente e così grave.

Infatti se delle osservazioni cliniche erano state, anticamente, pubblicate già da qualche autore come *Bruce* (1841), *Kuh* (1847), *Triquet* (1857), *Gruber* (1863), *Toynbee* (1866), *Kessel, Brouardel, Tolly, Hinton* (1868), *De Rossi* (1870), *Schwartze* (1873) ed altri non pochi, è d'uopo giungere fino a *Bezold* (1881) per vedere affermata l'importanza di questa complicazione. A questo autore spetta infatti il merito di avere richiamata l'attenzione sugli ascessi del collo, illustrando per di più una varietà di ascesso che da lui prende il nome. Egli con ricerche cliniche e sperimentali ha dimo-

strato come il pus anzichè attraverso la parete esterna della mastoide può farsi strada attraverso la parete infero-interna verso l'incisura digastrica, scivolando lungo il muscolo digastrico e consecutivamente lungo il muscolo sterno-cleido-mastoideo.

Il lavoro di *Bezold* diè origine ad una ricca fioritura di contributi clinici i quali hanno servito ad approfondire le nostre cognizioni sulle condizioni anatomiche e anatomo-patologiche di detta affezione, nonchè ad illustrare nuove varietà di ascessi del collo. Fra gli studi, che in questo periodo di tempo hanno contribuito ad allargare le nostre vedute patogenetiche, merita di essere ricordato quello del *De Rossi* (1888), nel quale vengono succintamente ma chiaramente tracciate le varie vie eventualmente seguite dalle suppurazioni auricolari, nonchè descritto il meccanismo di produzione di una varietà di ascesso cervicale dovuto allo svuotamento di raccolte endocraniche (ascesso estradurale) attraverso le vie naturali (foro lacero posteriore) o le vie artificiali (fistole ossee).

Numerosissimi sono gli studi pubblicati ulteriormente: per limitarci ai principali ricorderemo quelli di *Poulsen:* uno d'indole anatomica (1886), nel quale la disposizione delle fasce e delle aponeurosi del collo viene studiata col mezzo delle iniezioni, e l'altro d'indole clinica (1893); i lavori di *Cholewa* (1888), di *Kiesselbach* (1890), di *Haug* (1896) di *Broca*, di *Luc*, di *Burnett* ecc.

Hamon di Fougeray (1896) dal punto di vista patogenetico divide questi ascessi del collo in tre categorie: ascessi dovuti a diffusione per le vie linfatiche, per la via sanguigna, per continuità e contiguità di tessuti.

De Quervain (1897) a seconda della loro direzione e sintomatologia li divide in quattro categorie: 1° ascesso sotto-mastoideo non sorpassante l'inserzione dello sterno-cleido; 2° ascesso laterale fra lo sterno-cleido mastoideo e il bordo anteriore del trapezio; 3° ascesso retro-mascellare, sotto mascellare e retro-faringeo; 4° ascesso della nuca o del dorso.

Collinet (1897) in una tesi di dottorato, tratta diffusamente dell'argomento degli ascessi cervicali otitici, racco-

gliendo e riportando una numerosa statistica clinica (237 osservazioni).

Rimarchevoli sono pure i contributi di *Kottmann, Botey, Muck, Stenger,* di *Goris* (1905) il quale richiama l' attenzione sulla modalità dell'ascesso intervertebro-digastrico, di *Boulay, Cheatle, Cornet, Engelhardt, Leidler, Grünwald, Fallas.* Ne deve essere dimenticato il lavoro di *Most* (1905) che colle sue ricerche anatomo-topografiche e cliniche sull'apparecchio linfatico dell'orecchio ha portato qualche nuova luce sull'argomento. Anche la letteratura italiana si onora dei validi contributi di *De Rossi, Gradenigo, Cozzolino, Ferreri, Poli, Citelli, Masini, Strazza, Alagna* ed altri ancora.

Citelli ha illustrato in quattro memorie, sia con ricerche anatomiche (1901 e 1903) che con osservazioni cliniche (1908 e 1909) una nuova patogenesi di ascesso che meriterebbe il suo nome. Egli ha dimostrato che un ascesso perisinusale (attorno al seno sigmoide), aprendosi all'esterno, può dar luogo ad un ascesso del collo con sintomi identici all'ascesso di *Bezold.* Ciò avverrebbe anzitutto quando l'emissaria mastoidea si apre all'esterno in basso sotto l'inserzione del muscolo sterno-cleido (questo fatto si riscontra nel 25 % dei crani); nel caso di deiscenze dell'ultimo tratto della sutura temporo-occipitale; quando esiste una emissaria parastilo-mastoidea. Il pus che si è fatto strada attraverso queste vie preformate si raccoglie sotto l' inserzione dello sterno-cleido, verso la punta e il margine posteriore della mastoide, diffondendosi poi, come nell'ascesso di *Bezold.* al connettivo che attornia il fascio vascolare profondo del collo.

Masini (1902) ha portato un interessante contributo clinico di varie modalità di ascessi otitici cervicali. Dal punto di vista della patogenesi. specie per quanto riguarda la mastoide nella età infantile (fino a tre o quattro anni) ha dato importanza a una persistente esagerata comunicazione fra l'antro e la cassa quale causa predisponente (con coesistenti peculiari condizioni del condotto) alla formazione di ascessi sottocutanei per usura della corticale esterna in corrispondenza dell'antro, o fra questo e la parete posteriore del con-

dotto. Il pus dell'ascesso sottocutaneo defluisce consecutivamente lungo il collo.

Ferreri che già si era interessato dell'argomento degli ascessi cervicali nel 1898, recentemente (1908) descrive una varietà di « *apofisi mastoide piatta* », la quale sarebbe la causa predisponente una varietà di ascesso del collo che per certi sintomi locali ha somiglianza con la forma descritta da *Bezold*, ma che per altri sintomi e per il reperto operativo se ne discosta. Così mentre nelle vere forme di *Bezold*, la raccolta purulenta mastoidea erompe all'esterno dalle cellule apicali corrispondenti alla parete interna del processo, nel caso di queste apofisi piatte il pus dell'antro prende vie anormali invadendo a preferenza le cellule della porzione petrosa, provocando più frequentemente complicazioni intracraniche. L'ascesso cervicale, che si riscontra però di sovente anche nella eventualità di apofisi piatta, si farebbe strada nello spazio sotto-sterno-mastoideo.

Questi ascessi sono per lo più consecutivi a perisinusite, la quale, lasciando quasi integro il seno e scollandolo fino al forame lacero, invade per questa via il collo.

Questo tema inoltre, che non molti anni or sono passava pressochè dimenticato nei manuali della specialità otoiatrica, oggi è preso in giusta considerazione da alcuni trattatisti come il *Mignon*, il *Luc*, lo *Iacobson Blau*, e il *Politzer*.

I numerosi e notevoli contributi, che solo in parte noi abbiamo ricordato, rappresentano per sè soli il miglior documento della riconosciuta importanza che è venuta man mano assumendo questo argomento degli ascessi cervicali. Questi studi, e giovandosi delle recenti scoperte anatomiche, e con ricerche sperimentali e indagini cliniche, hanno contribuito ad allargare sempre più le nostre cognizioni su tale complicanza, sia dal punto di vista della patogenesi, che da quello della sintomatologia e della terapeutica. Cosicchè possiamo affermare che il tema degli ascessi del collo, quantunque recentemente comparso sul tappeto delle ricerche e delle discussioni, salvo poche lacune che ancora attendono di essere colmate, è stato svolto ed è conosciuto in modo pressochè esauriente.

FREQUENZA.

Sfogliando i numerosi resoconti delle principali cliniche, e basandosi sui dati della pratica personale, si può dire che l'ascesso cervicale otitico rappresenta una complicanza non rara, certo però meno frequente delle complicanze endocraniche. Per molteplici ragioni riesce difficile, in base ai dati statistici pubblicati, lo stabilire numericamente il rapporto di frequenza che esiste fra l'affezione di cui ci occupiamo e le malattie auricolari: ne stabiliremo invece il rapporto colle complicazioni mastoidee e endocraniche, servendosi dei contributi clinici pubblicati da vari autori.

Broca su 200 operazioni conta due ascessi cervicali; *Schwartze* su 100 operazioni ne ha nove; *Lucae - Jacobson* su 100 interventi un solo ascesso; *Gradenigo* su 250 operazioni 34 ascessi cervicali; Calamida su 325 operazioni 27 ascessi. Adunque su 975 interventi chirurgici praticati per mastoiditi acute e croniche o per complicanze endocraniche vi sarebbero 73 ascessi cervicali, ciò che rappresenta una percetuale del 7.48 per cento.

EZIOLOGIA

L'otite media purulenta acuta o cronica, la mastoidite, più di rado l'osteite e l'osteomielite del temporale, in casi anche non molto frequenti le raccolte purulente endocraniche (ascessi extra - sub-intradurali e perisinusali) sono i principali fattori eziologici degli ascessi cervicali.

L'otite media purulenta acuta o subacuta si presenta come fattore eziologico, in confronto alle affezioni purulente croniche riacutizzate, con una frequenza di molto maggiore

Infatti su 341 osservazioni di ascessi cervicali dei quali ho trovato indicata la qualità della lesione, 224 appartenevano a otiti acute o subacute, 117 casi a forme croniche riacutizzate. Sembra che in qualche rarissimo caso anche le affezioni purulente croniche non riacutizzate possano essere causa di ascessi del collo.

I microrganismi rappresentano anche in queste compli-

canze un fattore importante, ma oltrechè della specie noi dobbiamo tenere conto della virulenza che può venire esaltata da speciali condizioni d'ambiente e di terreno. Tutta la ricca e moltiforme flora batterica delle suppurazioni auricolari è stata pure riscontrata negli ascessi del collo. Lo streptococco e lo stafilococco (aureo, albo), il diplococco di *Friedlandler (Mark)*, o in coltura pura o associati a bacilli di minore valore patogeno (piocianeo, b. coli, ecc...) o a banali saprofiti, nonchè varie forme anaerobiche, sono i microrganismi più frequentemente riscontrati all'isolamento. Forse non deve essere senza importanza sulla virulenza dei batteri e perciò anche sulla evoluzione dell'ascesso, che questo sia chiuso e isolato, ovvero comunicante coll'orecchio e coll'esterno.

La diminuita resistenza organica individuale, oltre la specie e la virulenza dei batteri, rappresenta una circostanza favorevole, come in tutte le infezioni, a queste complicanze: debolezza organica che può essere generata da molteplici processi discrasici come la nefrite, il diabete, la cloroanemia e l'acoolismo, o da morbi infettivi generali (scarlattina, morbillo, rosolia, influenza, tifo....) o da malattie specifiche ereditarie od acquisite (sifilide, tubercolosi).

Per riguardo all'età le 351 osservazioni che io ho raccolto sono così suddivise:

0 - 10 = 56
11 - 20 = 56
21 - 30 = 92
31 - 40 = 49
41 - 50 = 40
51 - 60 = 14
61 - 70 = 13
71 - 80 = 1

Riguardo al sesso il maschile viene con maggiore frequenza colpito. Su 316 osservazioni infatti i maschi sono rappresentati 224 volte e soltanto 92 volte le femmine.

Ma come non ultime e non trascurabili cause eziologiche devono ricordarsi il ritardato o l'incompleto intervento operativo, e tutte quelle cause di ritenzione di pus che so-

glionsi prendere in considerazione in tutte le altre complicazioni otitiche.

PATOGENESI

La propagazione della suppurazione auricolare alle regioni del collo può avvenire per la via linfatica, per la via sanguigna e per la via ossea.

Via linfatica — Non siamo in grado di valutare la sua importanza date le nostre scarse conoscenze sul sistema linfatico dell'orecchio e sui suoi legami colle regioni vicine. È noto infatti come i gangli cervicali profondi, situati lateralmente alla vena giugulare interna al disotto dei muscoli scaleni, raccolgono a mezzo dei loro gangli la linfa del trago, del lobulo e della cassa nonchè del condotto uditivo; e direttamente o per via indiretta (dai gangli retro faringei laterali) gli affluenti linfatici della tromba. I gangli retro-faringei laterali situati nello spazio maxillo-faringeo, e i gangli retro-faringei *(Gillette, Most)* situati simmetricamente ai due lati del rafe mediano, a livello delle prime vertebre cervicali, hanno nella pratica una importanza considerevole, perchè sono rispettivamente il punto di partenza degli ascessi faringei laterali e degli ascessi retro-faringei.

Non peranco bene conosciuti sono invece gli sbocchi della linfa della mucosa della cassa timpanica. In mancanza dei dati anatomici suppliscono le osservazioni cliniche, le quali ci fanno suppore che i linfatici della cassa (oltrechè nel territorio dell'orecchio esterno) per l'intermediario dei vasi efferenti della tromba, sbocchino nelle ghiandole retro-faringee laterali, e da questi ai gangli cervicali profondi. La via di deflusso della linfa della cassa in quello della tuba sarebbe in ispecial modo sviluppata nei primi anni della vita estrauterina.

Ora l'adenoflemone del collo di natura otitica che si origina dai linfatici, non differisce, per il meccanismo di produzione dagli adenoflemoni di altra natura. I germi settici dell'orecchio medio trasportati dalla corrente linfatica provocano delle infezioni dei gangli le quali sono più o meno intense a se-

conda della natura dei batteri, della loro virulenza e della resistenza organica individuale. Cosichè clinicamente si avranno due varietà, una caratterizzata da una infiltrazione infiammatoria ganglionare acuta che più o meno rapidamente passa alla liquidificazione e alla suppurazione con consecutiva invasione del tessuto cellulare adiacente, l'altra una varietà di adenite e periadenite a decorso lento, la quale può essere dovuta ad attenuazione della virulenza batterica o alla natura tubercolare dell'infezione.

A seconda poi che i germi infettivi invadano a preferenza e rispettivamente o le ghiandole superficiali e sub-auricolari, o quelle situate al terzo superiore della faccia profonda del muscolo sterno - mastoideo o alla regione parotidea, o i gangli cervicali profondi della faringe, noi avremo degli ascessi circoscritti a varia profondità e che assumeranno aspetti clinici differenti.

Così, la linfangioite e l'adenite suppurata della regione mastoidea, che non rappresentano una complicanza diretta dell'otite m. purulenta, ma un fatto secondario dovuto ad una infezione del condotto uditivo, possono dare un rossore erisipelatoso e una tumefazione diffusa alla mastoide e parti vicine, da simulare, ad una osservazione superficiale, una complicanza mastoidea.

Nel caso invece che l'adenoflemone si localizzi profondamente sotto lo sterno - mastoideo provocando il sollevamento del muscolo, assieme al corredo fenomenologico della reazione infiammatoria (rossore, edema, tumefazione, dolore...) nonchè difficoltà dei movimenti di rotazione del capo, provocherà un quadro clinico analogo ma non simile alla mastoidite di *Bezold*, dalla quale dovrà però esserne differenziata anche dal lato terapeutico, richiedendo un semplice sbrigliamento dei tessuti e il rispetto per la mastoide.

Se la linfangioite o l'adenoflemone si estendono ai gangli della loggia parotidea potranno simulare, almeno nei primi stadi, un'affezione della parotide.

Quando invece vengono compromessi i gangli retro - faringei e i g. f. laterali, siccome oltrechè la linfa dell'orecchio medio e della tromba d'Eustachio raccolgono quella del naso,

della rinofaringe e del velo pendulo, non riuscirà sempre facile differenziare se l'ascesso faringeo sia una complicanza dell'otite o non piuttosto una conseguenza di infezioni della rinofaringe. Bisogna inoltre ricordare che l'ascesso retro - faringeo può anche originarsi per propagazione del pus per via diretta, come dal canale del muscolo tensore del timpano, dell'apice della rocca petrosa o dal tessuto cellulare peritubarico, nonchè da raccolte endocraniche che si svuotino per i fori naturali della base cranica (foro lacero anteriore o posteriore) o per vie artificiali,

In base alle nostre conoscenze anatomiche, per quanto non ancora complete, e ai casi clinici publicati, noi siamo in condizione di argnire ed apprezzare la grande importanza che anche la via linfatica deve assumere come via di propagazione delle infezioni auricolari alla regione cervicale. Su questa via di trasmissione infatti, per alcune speciali affezioni otitiche, è stata richiamata l'attenzione da alcuni autori (*Brieger, Mygind, Ferreri*).

Via sanguigna. — È una via molto battuta dal materiale settico e di essa possiamo valutarne l'importanza, conoscendo noi bene le abbondanti anastomosi che la circolazione venosa della cassa e della mastoide ha coi seni venosi cerebrali e coi tronchi venosi del collo.

Noi sappiamo infatti che il sangue della cavità timpanica e della mastoide affluisce più o meno direttamente al golfo della giugulare o nella giugulare interna o nelle vene stilo-mastoidee e occipitali. Inoltre un sistema di vene diploiche e di vene perforanti ha l'ufficio di stabilire un'attiva comunicazione tra la circolazione venosa intra ed extra-cranica. Di queste vene emissarie, fra le quali non devono essere scordati i canali emissari temporali squamosi e petro-squamosi, la più importante è la v. mastoidea la quale staccandosi dalla porzione discendente del seno laterale si anastomizza colla v. occipitale profonda. Questa, nata dai tegumenti della parte posteriore del cranio, passa sotto lo splenio, e dopo di avere ricevuto la mastoidea, si porta in dentro e in basso per defluire nella giugulare interna molto raramente nella esterna. Qualche volta una delle vene occipitali profonde si getta nella

vena faringea inferiore, ragione per cui è stata denominata v. faringo - basilare. (Launay). Oltre queste vene occipitali profonde è stata trovata qualche volta (*Bourgery*) una v. occipitale superficiale, la quale si origina nella regione posteriore sottocutanea del cranio, si anatomizza con le occipitali profonde e l'auricolare, comunica soventi, per il foro mastoideo, col seno laterale, aprendosi poi nella v. giugulare esterna. La regione laterale del collo possiede una così ricchissima rete venosa la quale ampiamente comunica con quella dell'endocranio e specie col seno laterale.

Non descriveremo il meccanesimo di infezione di queste vie venose perchè, a nostro parere, è di pertinenza del capitolo delle trombo - flebiti. A seconda però che il materiale settico predilige la grande via venosa della giugulare (ed è l'eventualità la più frequente),o la vena mastoidea, o le vene occipitali profonde, l'ascesso rimane circoscritto in distretti ben diversi e distinti, cosicchè queste suppurazioni cervicali possono venire classificate in due categorie: le flebiti o periflebiti giugulari, o le flebiti o periflebiti delle v. mastoidee e occipitali. Così nel caso che il focolaio purulento insorga dentro o attorno alla grande via venosa (seno laterale, golfo, giugulare interna) darà luogo ad un ascesso lungo la guaina del fascio angionervoso. Avrà una grande importanza dal punto di vista della patogenesi e più ancora dal lato terapeutico il differenziare la loro varia origine, e cioè conoscere con precisione se l'ascesso perigiugulare sia causato da un semplice fatto di diffusione del pus da regioni vicine, o se invece, ciò che è più grave, sia la complicanza di una trombo-flebite o la conseguenza di una propagazione di una suppurazione endocranica.

L'ascesso perivenoso, più o meno voluminoso, pure rimanendo limitato attorno alla guaina della giugulare può, oltrechè diffondersi al mediastino o alle parti vicine, rimontare verso il golfo e affacciarsi nella cavità endocranica. Nei casi più gravi l'ascesso, in seguito ad alterazione ed usura delle pareti vasali, può comunicare col lume della vena trombizzata, formando così una saccocia purulenta nella quale riesce difficile distinguere i limiti del vaso e quelli dell'ascesso; in qualche caso può usurare anche la carotide. Inoltre quando

l'ascesso è voluminoso e profondo, esso inviluppa e comprime i nervi della base del cranio, il grande ipoglosso, il glosso-faringeo, il pneumogastrico e il simpatico. Essendo poi limitato e serrato da una barriera resistente, e cioè anteriormente e sui lati dall'aponeurosi media, posteriormente dal foglietto prevertebrale, l'ascesso non può farsi superficiale e aprirsi una via sotto la cute, ma è obbligato a diffondersi al mediastino o al cavo ascellare. Però esso non ha sempre un esito così grave, perchè può scivolare verso la parete laterale o posteriore della faringe e guadagnare le vertebre, o portarsi sotto le masse muscolari della nuca.

Inoltre una endoflebite o una trombosi del bulbo della giugulare può, per l'intermediario della vena condiloidea posteriore, estendersi alla v. vertebrale e provocare in questa profonda regione, un ascesso o anche una carie delle vertebre.

Inoltre la periflebite o la flebite della vena o delle vene mastoidee può determinare un adenoflemone lungo lo sterno-mastoideo, che assume i caratteri clinici della mastoidite di *Bezold* (ascesso di *Citelli*), allorquando l'emissaria sbocca in basso in vicinanza del solco digastrico. Ma la flebite della v. mastoidea, che noi sappiamo come sia intimamente collegata per mezzo di anastomosi colle vene occipitali, può dare origine ad ascessi della regione laterale e profonda della nuca.

Via ossea. — È la strada più frequentemente seguita dal pus, il quale, sia che provenga dall'osso temporale, o, come avviene più di rado, dall'endocranio, procede o per vie anatomiche preformate o per vie patologiche.

Le principali condizioni anatomiche sono le seguenti:

1. — *Il tipo pneumatico della mastoide*, specie quando le cavità aeree sono maggiormente sviluppate verso la punta, sia congenitamente o per un processo di riassorbimento dell'osso (vecchi).

Una deiscenza o deficienza ossea sia di natura congenita o patologica è la condizione più favorevole perchè il pus erompa dalla punta o dalla incisura digastrica verso il collo, determinando la classica varietà di mastoidite illustrata dal *Bezold*.

2. — *Le cellule estra-mastoidee*, cioè quelle che raggiungono la porzione squamosa del temporale, o che costituiscono il gruppo del cellule limitrofe del condotto o che si prolungono al di sotto, od in avanti del condotto fino alla radice dell'apofisi zigomatica. Inoltre le cellule pneumatiche che si raggruppano nella porzione inferiore dell'occipitale (apofisi giugulare) originando una rilevatezza la quale viene dagli anatomici denominata *apofisi mastoidea soprannumeraria (Zoia)*, o *processo* o *antro para-mastoideo (Ruffini, Cavli)*. Le suppurazioni di queste cellule cagionano a preferenza gli ascessi della nuca.

Al gruppo delle cellule estra-mastoidee appartengono pure: il *sistema pneumatico peritubarico*, il quale può assumere una grande importanza nella etiologia di alcuni ascessi profondi del collo e della faringe *(Ferreri)*; il *tessuto spugnoso della punta della rocca (Baldenweck)* che per un processo di carie estesosi per l'intermediario del sistema pneumatico perilabirintico, peritubarico e pericarotideo, può direttamente cagionare un ascesso nella regione retrofaringea.

3°. — *La parete posteriore dell'antro molto assottigiata* in un tipo di mastoide compatta, densa, eburneizzata, può venire perforata dal pus, il quale scivolando, esteriormente al seno, attraverso il forame giugulare si diffonde al collo *(Cheatle)*. Anche una fistola del *pavimento dell' antro (Kien)* può aprire al pus una via in basso e in avanti fino alla faringe.

4°. — La deiscenza congenita o acquisita della *parete anteriore* o *del pavimento della cavità timpanica*, la quale metta rispettivamente questa in diretta comunicazione col canale carotideo e col golfo della giugulare.

5°. — La *sutura mastoideo-squamosa*, attraverso il cui segmento inferiore il pus defluisce sotto la cute e poscia, superficialmente, nei tessuti del collo.

6°. — La varietà di *mastoide piatta (Ferreri)* la quale dà origine di preferenza a perisinusiti che, scollando il seno fino al forame giugulare, invadono per questa via il collo.

7°. — *Il canale di Falloppio.* È una via soltanto ipotetica che non ha finora la conferma di osservazioni cliniche.

8°. — La *tuba d'Eustachio*, sia che la periostite si propaghi alle sue pareti ossee o l'infezione si diffonda lungo i tessuti peritubarici.

9°. — Il *canale del muscolo tensore del timpano (Knapp, Hang. Blau..).*

10°. — Le *smagliature del condotto uditivo membranoso* che sono una via di diffusione delle suppurazioni al collo, attraverso la parotide.

L'età infantile offre inoltre delle speciali condizioni anatomiche atte a favorire le raccolte cervicali. Le enumereremo brevemente.

1°. — La *scissura del Glaser*, raramente saldata nel neonato, nel caso di difetto di ossificazione, è una via aperta al pus della cassa alle regioni adiacenti come la fossa retro-mascellare, la parete laterale della faringe, l'articolazione temporo-mascellare e la loggia parotidea. Analoga complicazione potrà avverarsi in caso di persistenza del legamento malleo-mascellare *(Verga)* o della cartilagine di *Meckel.*

2°. — *Un arresto di sviluppo dell'osso timpanico*, il quale lascia un foro più o meno ampio nella parete antero-inferiore del condotto, che può persistere fino all'età di 9 o 10 anni e qualche volta anche nell' adulto (Sappey, Gruber, 19 %). Permane così una causa di comunicazione più o meno diretta fra il condotto e la parotide e una via di propagazione verso lo spazio retro-mascellare.

3°. — Una *persistente larga comunicazione fra l'antro e la cassa* (*Masini*) quale suole avverarsi fino all' età di 3 o 4 anni. Può essere una causa predisponente, assieme a coesistenti speciali condizioni del condotto alla formazione dell'ascesso sottocutaneo, per usura della corticale esterna a livello dell'antro, ovvero fra l'antro e la parete posteriore del condotto. Il pus dell' ascesso superficiale defluisce poi lungo i tessuti del collo.

Ma gli ascessi cervicali, quantunque meno frequentemente, possono riconoscere la loro origine nella evacuazione spontanea di suppurazioni endocraniche (ascessi perisinusali,

ascessi extra-intra sub-durali), le quali cercano una via di uscita all'esterno sia attraverso vie anatomiche preformate o attraverso perforazioni patologiche.

Molteplici sono queste vie seguite dal pus le quali variano a seconda della sede della raccolta endocranica, e secondo altre cause che non sempre possiamo apprezzare, essendo difficile dimostrare il perchè della preferenza data dal pus a seguire una via piuttosto che un'altra. Noi passeremo in rivista le principali condizioni anatomiche.

1°. — Il *forame ovale e il forame rotondo.* È stata ventilata dal Kieu la possibilità che il pus possa erompere da questi fori: manca però fino ad ora la dimostrazione clinica.

2.° — Il *forame lacero-anteriore*, come nell'unica osservazione di *Braunstein.*

3.° — *Il forame lacero-posteriore.* È la via più frequentemente seguita dagli ascessi perisinusali o estradurali (*De Rossi, Laurens, Bonlay, Cheatle, Englhardt, Calamida*), i quali approfondendosi nel collo decorrono o lungo il fascio angio-nervoso, o espandendosi orizzontalmente alla base del cranio, si circoscrivono al condilo occipitale o alle vertebre cervicali dove provocano fatti di periostite e di osteite.

4.° — *Il forame grande occipitale.* Il pus di un ascesso estradurale, una volta che abbia scollata, anche parzialmente, la dura madre che aderisce attorno al foro, può cercare una via di uscita sia scivolando verso il suo contorno anteriore, e attraverso un'usura della resistente membrana atlanto-occipitale, portarsi verso la faringe; o per il *foro condiloideo* (*Neumann*) o lungo il decorso dell'*arteria vertebrale* (*Schultze, Calamida*) stabilire un ascesso muscolare profondo della nuca.

5.° — *Il foro e i fori emissari mastoidei;* più raramente il *f. parastilomastoideo* (*Citelli*) e i *canali emissari squamosi e petro-squamosi* (*Luscka, Legge, Borero-Calamida*).

6.° — *Le suture petro-squamosa e temporo-occipitale* incompletamente saldate o congenitamente deiscenti. Queste anomalie, che si avverano con maggior facilità nell'età infantile, non possono essere valutate nell'eziologia di questi ascessi che con una bassa percentuale (2 % secondo *Citelli*).

7.° — *Un foro anomalo occipitale* situato all'indietro del

grande forame occipitale. È una anomalia anatomica rara (*Fusari, Calamida*) che pare si debba considerare come un residuo di una esancefalia parziale primitiva. Quando esiste, è una via comoda e ampia per la formazione delle raccolte purulente nella nuca.

Oltre queste condizioni anatomiche, ve ne sono altre patologiche atte a favorire il deflusso delle raccolte purulente sia dell'osso temporale che dell'endocranio.

Le cause patologiche che favoriscono la propagazione della suppurazione auricolare alle regioni del collo sono le usure, le fistole della punta della mastoide, della parete posteriore o del pavimento dell'antro, delle pareti della cassa e del condotto uditivo. Le suppurazioni endocraniche invece si aprono un passaggio attraverso fistole delle diverse porzioni dell'osso occipitale (*De Rossi, Luc e Gerard-Marchant, Goris, Laurens, Cornet, Calamida*) o della squama del temporale (*Meuriot*), o attraverso usure della porzione discendente della sutura temporo-occipitale.

Ora che abbiamo molto sommariamente o meglio in modo schematico ricordate le principali vie di propagazione del pus alle regioni cervicali, cercheremo di tratteggiarne il meccanismo di produzione.

A seconda della via preferita dal pus, per tutte le varietà di ascessi di origine diversa, ma specie per le raccolte che si diffondono per continuità e contiguità di tessuti, il processo purulento segue lungo il collo un decorso che viene in gran parte influenzato (almeno nei primi stadi quando l'ascesso è ancora limitato e circoscritto) dalla direzione dei muscoli e dei diversi foglietti aponeurotici. L'ascesso varierà perciò, in linea generale, di sede e di profondità a seconda del punto di emergenza del pus.

Così se la suppurazione prediligerà, ciò che però non è molto frequente, la faccia esterna della mastoide, sia al di sopra o a livello dello sterno-cleido, darà luogo rispettivamente ad un ascesso affatto superficiale, sottocutaneo, o della guaina dello sterno-cleido; qualora il pus erompa, ciò che avviene più frequentemente, dalla punta o dalla faccia postero-interna del processo mastoideo o dalla incisura digastrica,

o dalla vena mastoidea, si diffonderà sotto lo sterno cleido e lungo il muscolo digastrico. Gli ascessi perisinusali invece che attraversano il foro giugulare hanno maggiore tendenza a seguire il fascio angio-nervoso. Ma tanto le forme di *Bezold* e di *Citelli*, come la varietà perigingulare possono anche approfondarsi orizzontalmente, raggiungere la base cranica, i muscoli prevertebrali, le vertebre stesse e la parete laterale o posteriore della faringe.

Le raccolte ascessuali invece che partono dalle cellule peritubariche, dalla punta della rocca, o dal foro lacero - anteriore, dànno precipuamente origine ad ascessi della parete posteriore o laterale della faringe. Infine le suppurazioni endocraniche che prediligono il foro condiloideo posteriore o il decorso della v. vertebrale, o seni fistolosi della base dell'occipitale, producono gli ascessi profondi della nuca.

Quando l'ascesso però ha raggiunto un cospicuo volume non rispetta più alcuna barriera di muscoli e di aponeurosi, e prorompe e si diffonde indifferentemente, talora anche in modo bizzarro, nelle varie regioni del collo. Ma può accadere per di più che gli ascessi di origine ossea si combinino ad altri di natura linfatica o sanguigna, provocando delle varietà complicate di ascessi cervicali di difficile interpretazione clinica. Questo ci pare di poter ammettere, almeno in via di presunzione, perchè ci dà la chiave per chiarire l'etiologia e l'andamento clinico di qualche ascesso cervicale poco facilmente spiegabile.

Questi ascessi cervicali, indipendentemente dalla loro varia origine e natura, possono venire anche classificati a seconda la loro profondità e la loro sede. In riguardo alla loro profondità (seguendo la classifica proposta dal *Ferreri*) potranno esser divisi in: 1.° superficiali (che infiltrano il tessuto sottocutaneo) ; 2.° interstiziali (che occupano gli spazi intermuscolari) ; 3.° profondissimi o parascheletrici.

In quanto alla sede, poichè le varie disposizioni anatomiche hanno una speciale e grande importanza sulla direzione ed evoluzione delle corrispondenti raccolte, queste potranno essere classificate in tante categorie quante sono le

regioni anatomiche interessate, di cui assumeranno la denominazione.

Per rispetto alla pratica però, tutte queste modalità di ascessi si potrebbero, secondo il *Tillaux*, ridurre a due grandi categorie, a seconda che il pus risiede fuori o dentro l'aponeurosi sterno-clavicolare, perchè nel primo caso il pus ha tendenza a prorompere all'esterno, mentre nel secondo si diffonde nel mediastino e nel cavo ascellare.

SINTOMATOLOGIA

I sintomi obbiettivi e funzionali non sono gran che differenti per tutte le varietà di raccolte cervicali, e nel descriverle noi seguiremo la stessa classifica degli ascessi adottata nella patogenesi, soffermandoci più a lungo su qualche forma che meriti maggiormente la nostra attenzione.

Adenoflemoni dei gangli linfatici. — Possono avere un andamento acuto o cronico. Le adeniti retro-mastoidee o antitragiche che si osservano non infrequentemente, specie nei bambini, nel decorso delle suppurazioni auricolari e di mastoiditi acute o sub-acute, insorte rapidamente, possono anche presto fluidificarsi e passare a suppurazione, presentando il quadro clinico dei comuni adenoflemoni.

Ma l'infezione auricolare provoca qualche volta un risentimento delle ghiandole più profonde come quelle della loggia parotidea o quelle situate lungo il muscolo sterno-cleido: queste adeniti sogliono risolversi completamente, più di rado passano a suppurazione. In questo caso i tegumenti, che all'inizio si presentavano poco o punto infiammati, si fanno rossi, edematosi, pastosi; si palesano dei dolori spontanei più intensi anche sotto moderata pressione, trisma più o meno grave, e disturbi nei movimenti del capo. Le ghiandole fortemente tumefatte non passano, per lo più, che tardivamente alla fluttuazione, provocando dei rialzi febbrili più o meno marcati.

Quando vengano colpiti i gangli linfatici retro e latero faringei questi dànno origine alla varietà dell'ascesso faringeo che illustreremo più tardi.

Ma le adeniti assumono anche un decorso cronico sia per una attenuazione di virulenza del materiale infettante, o per la natura tubercolare del processo. Non sempre è possibile però determinare un sicuro rapporto di queste adenopatie colla suppurazione auricolare, potendo esse rappresentare un semplice fatto di concomitanza o una conseguenza di altre infezioni (della faringe, del naso ecc.); come non è sempre, clinicamente facile l'accertare la loro natura tubercolare, senza ricorrere ad altri mezzi diagnostici sussidiari (innesti nelle cavie, oftalmo-cuti-reazione ecc.). Questi ingorghi ghiandolari hanno un andamento torbido e possono o risolversi con la guarigione della lesione auricolare dalla quale hanno avuto origine, o persistere ed evolversi per loro conto; in qualche caso passano a suppurazione, assumendo tutti i caratteri dell'ascesso freddo.

Ascessi d'origine venosa — La loro sintomatologia varia secondo che essi decorrono attorno o dentro la grande via venosa. Quando l'ascesso è la causa o la conseguenza di una trombosi del bulbo o della giugulare, noi avremo il grave quadro clinico della tromboflebite, che, per brevità, non descriveremo. In questa eventualità è la sintomatologia della piemia otitica che trionfa oscurando quella della suppurazione cervicale.

Se l'ascesso invece sarà soltanto perivasale provocherà lungo il decorso del muscolo sterno-cleido un intasamento profondo più o meno marcato, il quale si inizia e talora si circoscrive al suo attacco superiore con diffusione anche all'angolo della mandibola.

In questo stadio la cute è poco o punto arrossata. In un decorso più avanzato l'intasamento profondo aumenta notevolmente, cosicchè alla palpazione dà l'impressione di un cordone duro, teso; la cute si fa rossa, edematosa; la regione del collo diviene dolorosa anche spontaneamente, provocando rigidità del capo e difficoltando specialmente i movimenti di flessione: nel caso che l'ascesso sia maggiormente sviluppato all'angolo mandibolare, si avrà trisma più o meno grave. Lo stato generale non ne risente gran che, e se non accade una

infezione della grande via venosa, la temperatura non si rialza affatto o poco.

L'adenoflemone, se a questo punto non viene aperto, poichè non può spontaneamente rendersi superficiale sotto la cute, defluisce orizzontalmente sotto la base cranica e nella faringe, o migra verso il mediastino presentando una sintotologia complessa.

Nè un differente quadro clinico offre la suppurazione che seguendo la vena mastoidea e la occipitale provoca un ascesso nella regione profonda della nuca.

Ascessi per propagazione diretta. — Per lo studio sintomatologico raggrupperemo assieme le varietà di ascessi che hanno comunanza di sede e di analogie cliniche, indipendentemente dalla loro patogenesi diversa.

Gli *ascessi superficiali laterali del collo*, che non sono nè frequenti nè importanti, riconoscono la loro origine da un ascesso sottoperiosteo o da fistole della corticale esterna della mastoide. Non mai molto estesi, essi si aprono spontaneamente e superficialmente lungo la regione laterale del collo, senza sintomi degni di nota.

L'ascesso della *guaina dello sterno-cleido*, che rappresenta una forma di passaggio tra le raccolte superficiali e le profonde, suole limitarsi alla sua inserzione mastoidea, o adiacenze, provocando, oltre la solita reazione dei tessuti, una maggiore o minor difficoltà nei movimenti di rotazione del capo. Non operato, ha tendenza ad aprirsi spontaneamente all'esterno.

Gli *ascessi cervicali profondi* sono quelli che comunemente sono stati designati col nome di mastoidite di *Bezold*. Per molto tempo infatti sono stati elencati in questa categoria tutti gli ascessi che si circoscrivono profondamente sotto il muscolo sterno-cleido, anche se differenti per la patogenesi, confondendoli ed equiparandoli così erroneamente alla forma illustrata dal *Bezold* Che se il loro andamento clinico è pressochè identico, devono essere differenziati dal punto di vista della patogenesi, richiedendo anche un diverso trattamento terapeutico. Questo in sostanza hanno dimostrato le moderne ricerche, le quali allargando il primitivo concetto di questa complicanza illustrata dal *Bezold*, le hanno tolto il primato,

catalogandola invece come una semplice varietà degli ascessi cervicali ormai riconosciuti del pari ufficialmente nella loro importanza clinica. Che se l'antica denominazione si vorrà mantenere, ad onorare l'uomo che colle sue ricerche ha dato un notevole impulso allo studio di tali complicanze, essa dovrà venire limitata soltanto a quella varietà che trova il suo punto di origine dalla fossetta digastrica.

Per comodità di studio e per una certa comunanza di sintomatologia noi raggrupperemo assieme tutte le raccolte che sono situate a varia profondità sotto il piano della mastoide o del muscolo sterno-cleido.

Ascessi situati sotto o dietro la mastoide — All'inizio si manifestano con gonfiore, edema e dolore limitati a livello della incisura digastrica, dalla quale hanno più frequentemente origine. Questi sintomi obbiettivi iniziali scompaiono per manifestarsi ulteriormente più in basso ed in addietro. Dopo un periodo di tempo più o meno lungo, poichè queste forme sono caratterizzate da un andamento lento e insidioso, i tegumenti incominciano ad arrossarsi e ad infiltrarsi e diventano dolorosi spontaneamente e più alla palpazione, finchè la fluttazione si manifesta evidente profondamente al di sotto e in addietro dell'apofisi mastoide. Patognomonico, se non sempre constatabile ed attendibile è in questi casi il sintoma di *Bezold*, cioè che una pressione sulla regione dell'ascesso determina un aumento o financo un getto del pus dal condotto uditivo. In queste condizioni il muscolo sterno-cleido, nel suo punto d'attacco si presenta come sollevato e il gonfiore, il rossore e l'intasamento dei tegumenti si diffondono a tutta la regione laterale del collo.

Se l'ascesso non viene aperto, esso defluisce nel mediastino, o seguendo il muscolo digastrico migra alla regione retro-o sotto-mascellare o nella faringe, o profondamente nella nuca o nella loggia prevertebrale arrecando, anche delle gravi lesioni alle vertebre cervicali (periostiti, carie...). La sintomatogia è allora diversa e più o meno grave a seconda della entità delle lesioni presentate da queste raccolte nelle differenti sedi.

Ascessi sotto-sterno-mastoidei profondi — Sono circoscritti tra la faccia posteriore del muscolo sterno-cleido e la guaina dei grossi vasi e presentano una sintomatologia pressochè identica a quelli della categoria sopra descritta. Queste raccolte, per compressione dei nervi vicini, provocano disturbi nella sfera dello spinale, del glosso-faringeo, del pneumogastrico e del ipoglosso.

Ascessi faringei — Anatomicamente e clinicamente si destinguono in ascessi *retro-faringei* e *latero-faringei*.

L'ascesso *retro-faringeo* è più frequente nell'infanzia (al di sotto di un anno) trovando generalmente la sua causa nella infezione dei gangli linfatici mediani (*Gilette*, *Most*) i quali, come sappiamo, notevolmente sviluppati nei primi anni, vanno man mano atrofizzandosi per scomparire completamente nella età adulta. Si circoscrive nello spazio compreso tra la faringe e la colonna vertebrale (loggia prevertebrale).

L'ascesso *latero-faringeo*, non ha preferenza speciale per alcuna età, perchè qualche ganglio laterale persiste anche nell'adulto (*Most*): esso ha sede nello spazio maxillo-faringeo.

L'insorgenza di questi ascessi faringei e così subdolo e lento che può passare inosservato al malato e al medico. Il paziente incomincia a notare un vago disturbo, un senso di corpo straniero nella faringe. L'esame obbiettivo non ci rivela che un leggero rossore sulla parete posteriore o laterale, arrossamento che presenta i caratteri dei banali processi infiammatorii, cosicchè è impossibile diagnosticare e prevedere la insorgenza e la futura evoluzione dell'ascesso. I disturbi faringei però dapprima vaghi e incerti si fanno man mano più intensi e più sicuri; si iniziano dei disturbi di deglutizione, e più tardi anche di respirazione, e talora trisma più o meno accentuato e difficoltà nei movimenti del capo. Nei casi gravi, disturbi delle condizioni generali con rialzi febbrili intensi. È da notarsi che mentre la dispnea è più accentuata nell'ascesso latero-faringeo, la disfagia invece è molto più marcata nell'ascesso retro-faringeo, il quale è anche accompagnato per lo più da tosse, sforzi di vomito e da disturbi nervosi dovuti a compressione del pneumogastrico.

L'esame obbiettivo, ci mostrerà oltre un arrossamento e un edema intenso, una più o meno notevole tumefazione fluttuante della parete posteriore o laterale della faringe: l'esplorazione praticata col dito indice completerà la diagnosi.

La pressione del dito sull'ascesso può provocare la fuoriuscita del pus dal meato uditivo (*Broklyn*), sintoma prezioso per riconoscere e dimostrare la intima relazione che esiste fra l'ascesso faringeo e la lesione auricolare (come nei casi di raccolte formatesi direttamente per propagazione del pus per la gronda del tensore del timpano, o pel cellulare peritubarico ecc.), ma che non ha valore quando è assente perchè l'ascesso, pure essendone dipendente, può non essere comunicante coll'orecchio (suppurazione dei gangli mediani).

Obbiettivamente sulla regione esterna del collo, nella varietà di ascesso laterale, si rileva una tumefazione dei tegumenti, per lo più poco o punto arrossati ma dolenti alla pressione, diffusa dall'angolo mascellare al margine anteriore superiore del muse. sterno cleido. il quale può anche presentarsi un poco sollevato. Colla palpazione bimanuale noi potremo apprezzare meglio la sede della raccolta e il grado di fluttuazione, come anche la pulsazione della carotide, spinta spesso, nell'ascesso laterale, all'indentro (*Broca*), inversamente a ciò che accade per l'ascesso retro-faringeo dove invece i vasi del collo sono spinti all'infuori. Questo diverso comportamento dei vasi nelle due varietà di ascessi faringei ha grande importanza dal lato operativo.

Un sintoma atto a riconoscere una lesione iniziale dello ascesso latero-faringeo è quello osservato da *Masini*. Esso consiste in un dolore vivo, lancinante che dall'orecchio si irradia sulla parete faringea, discende verso la laringe, causando un molesto senso di corpo estraneo che provoca al paziente ripetuti colpi di tosse. Questo dolore si accentua comprimendo col dito il cercine della tromba, o specillando la cassa, ed anche qualche volta col semplice contatto dei batufoli di cotone per la pulizia del condotto. Una esplorazione della retrobocca con lo specchietto laringeo o col dito

indice ci rischiarerà le condizioni della imboccatura della tromba, mettendoci così in grado di presupporre e prevenire la diffusione faringea, e di mettere in opera provvedimenti che possono o impedire o rendere meno grave la comparsa dell'ascesso.

Ascesso interrertebro-digastrico — È una varietà che secondo il *Goris* che l'ha illustrata, deve venire ben differenziata dagli altri ascessi cervicali, sia per la sua localizzazione che per la sintomatologia tutta affatto speciale che presenta.

Per effetto della compressione dei nervi grande e piccolo occipitale, si manifesta, come primo sintoma, un dolore violento e progressivo in due punti principali.

Il primo è dove il nervo attraversa il grande complesso e il trapezio, dolore che si rileva soprattutto alla pressione e nei movimenti del capo: per questo il paziente ha tendenza, nei primi stadi della malattia, a tenere la testa immobile per evitare gli stiramenti dei muscoli sui nervi. L'altro punto doloroso, è alla porzione terminale del nervo alla sommità della testa, il quale è doloroso spontaneamente ma non alla pressione. Progredendo l'affezione, i sintomi più nettamente si spiegano.

Il capo, il quale all'inizio ha una tendenza a immobilizzarsi sul tronco, subisce un movimento di rotazione sul suo asse verticale, e il viso guarda così in alto dal lato ammalato; poi la testa si mette in semi-opistotono.

Contemporaneamente si stabilisce un trisma ben presto completo, e qualche volta si hanno dolori nevralgici che colpiscono principalmente il nervo mascellare inferiore e i nervi temporali profondi, dolori dovuti a compressione del tronco del trigemino. S'aggiunge una disfagia completa, che mette ben presto il paziente nell'incapacità assoluta di inghiottire una goccia d'acqua.

La raccolta purulenta, seguendo la direzione dei muscoli stiliani, scivola lungo il muscolo stilo-faringeo e viene a comprimere la parte alta dell'esofago dove finisce per scoppiare.

Goris afferma che può accadere, come egli ha avuto occasione di osservarne un caso, che il paziente non potendo,

a causa del trisma nè deglutire ne espellere il pus, lo aspiri nei bronchi e soccomba di bronco-polmonite acuta.

Ascessi della nuca — Si dividono in superficiali e profondi. Non parleremo dei primi perchè non presentano nulla di notevole. I profondi, qualunque sia la loro origine, hanno tendenza a circoscriversi nel trigono sotto-occipitale (*Tillaux*), triangolo vario di ampiezza i cui lati sono formati dal grande e piccolo obliquo e dal grande retto posteriore, dove decorrono vasi (l'arteria vertebrale occipitale e cervicale profonda) e nervi (n. occipitali).

Un sintoma caratteristico di questa varietà è una rigidità della nuca, molto simile a quella del morbo di *Pott* cervicale. Questi dolori spontanei, violenti, talvolta atroci, s'accentuano alla palpazione e nei più leggieri movimenti del capo, cosicchè il paziente tiene il capo immobile per evitare le fitte dolorose. I tegumenti che all'inizio si presentano normali, si fanno poi, man mano che la lesione progredisce, arrossati, edematosi, pastosi, e appare profondamente nella nuca una tumefazione, che si rileva circoscritta, dura, e dolorosa alla palpazione. La reazione dei tessuti si distende dietro alla nuca sino sulla linea mediana e può prolungarsi anche anteriormente sino al margine posteriore dell'apofisi mastoide. In un tempo più o meno rapido poi la tumefazione profonda della nuca si fa più considerevole e fluttuante, e sporgendo e scivolando fra i muscoli può, quantunque di rado, aprirsi una strada spontaneamente all'esterno. Anche in questa varietà, lo stato generale del paziente non ne soffre gran chè, e la febbre può manifestarsi con qualche leggero rialzo, o mancare affatto.

Ma se l'ascesso della nuca non viene aperto a tempo, può diffondersi in regioni lontane, e migrando superficialmente può invadere il cellulare sottocutaneo del dorso, o approfondandosi guadagnare i muscoli prevertebrali e fiancheggiare le vertebre cervicali (*Bezold*), o scendere fino alla regione lombare (*Quervain*), o fino al mediastino e alla parte superiore della coscia (*Brun*).